ITEM 025 : GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

GEU ou **grossesse ectopique** = implantation et développement d'une grossesse en dehors de la cavité utérine : situation fréquente (1 à 3 % des grossesses soient 14.000 par an, augmentent dans les pays développés), potentiellement grave.
- Localisations possibles :
  . **Tubaire** (majorité des cas) : **ampullaire** (70 %), **isthmique** (20 %), **pavillonnaire** (5 %) ou **interstitielle**.
  . Exceptionnellement : **ovarienne, abdominale, col** ou **isthme utérin, cicatrice de césarienne.**
- Grossesse hétérotopique (1/10 000 – 30 000 grossesses) = coexistence d'une GEU et d'une grossesse intra-utérine (GIU).
- Évolution : . **Distension** progressive de la trompe et érosion des vaisseaux tubaires → **hématosalpynx.**
  . **Rupture tubaire** (par dilatation massive ou envahissement de la paroi par le trophoblaste) → **hémopéritoine**, puis **choc hypovolémique** pouvant conduire au **décès.**

FDR

- **Lésion tubaire organique** : ATCD salpingite/endométrite (*RR 6, notamment à Chlamydia trachomatis*), GEU, chirurgie tubaire, chirurgie abdomino-pelvienne (sauf appendicectomie ou aspiration utérine non-compliquée), endométriose tubaire, compression extrinsèque (ADP…), malformation utérine ou tubaire (utérus Distilbène®…), tuberculose, bilharziose.
- **Lésion tubaire fonctionnelle : tabac** (avec une relation dose-effet).
- **Âge maternel élevé > 35 ans,** antécédent de GEU.
- **Fécondation in vitro** : 4 à 5 % de GEU, avec risque de **grossesse hétérotopique.**
- Contraception par **pilule microprogestative, DIU** (pas de réel surrisque, mais prévient moins les GEU que les GIU).

DIAGNOSTIC

SF

- Triade clinique :
  . **Retard des règles** ou dernières règles inhabituelles.
  . **Métrorragies** : foncées, peu abondantes, classiquement « sépia »/noirâtres.
  . **Douleur pelvienne** latéralisée ou non du côté de la GEU.

Toute femme en âge de procréer consultant pour métrorragies ou douleurs pelviennes est une GEU jusqu'à preuve du contraire.
- **Signes sympathiques de grossesse** : nausée, vomissements, tension mammaire.
- Autres : **malaise, angoisse, agitation, douleur scapulaire** (irritation par hémopéritoine abondant).
- → Une GEU peut être **asymptomatique.**

SC

- Constantes : signes de choc hémorragique (1° signe = **tachycardie sinusale**).
- Palpation : **douleur provoquée** ± **signe d'irritation péritonéale** (défense, douleur à la décompression, psoïtis, scapulalgie).
- Examen au spéculum : confirme l'origine endo-utérine des saignements.
- TV : . Utérus plus petit par rapport au terme théorique.
  . **Masse latéro-utérine douloureuse** (50 %).
  . **Douleur latéro-utérine** (90 %).
  . **Empâtement douloureux du cul-de-sac de Douglas.**
  . **Col** tonique et fermé.

PC

Dosage quantitatif de l'hCG

→ Élimine le diagnostic de grossesse (donc de GEU) si négatif.
Seuil de discrimination au-delà duquel un sac intra-utérin doit être visible = **1500 UI/mL**.
- Si < 1500 et localisation indéterminée (= GLI) → **cinétique du taux d'hCG + écho à 48 h.**
- Si > 1500 : GEU très probable en l'absence de sac intra-utérin.

Cinétique du taux d'hCG à 48 h (si GLI)	- **GEU** : stagnation, élévation insuffisante. - **GIU** : doublement du taux à 48 h. - **Fausse couche spontanée** : diminution.
DD	**hCG+** : GIU, fausse couche, môle hydatiforme. **hCG -** : kyste hémorragique du corps jaune, saignement génital non-utérin, infection génitale haute, torsion d'annexe, cause uro (CN, IU)/dig (appendicite).

Écho endo-vaginale

Signe direct = **image annexielle latéro-utérine** de petite taille, situé à côté du corps jaune (90 %) :
- **Sac gestationnel** contenant l'embryon (± activité cardiaque) et la vésicule vitelline.
- **Hématosalpynx** : masse latéro-utérine hétérogène.
- Recherche d'un **épanchement dans le cul de sac recto-utérin** +/- écho abdo pour recherche épanchement dans l'espace inter-hépato-rénal de Morisson.

Signe indirect :
- **Vacuité utérine** (anormal si >5,5 SA) avec endomètre épais, gravide ± épanchement du Douglas.
- **Pseudo-sac intra-utérin** : centré dans la cavité, sans couronne trophoblastique.

→ **15-20 % des cas : aucun signe écho au 1°examen : à répéter à 48 h si pas de signe de gravité.**
→ **Diagnostic quasi-certain** si **hCG > 1500 UI/L** avec **utérus vide** à l'échographie.

Bilan

- Bilan standard : **NFS/Hémocue, bilan de coagulation, groupage sanguin/Rh, RAI, bHCG** (sérique ± sur BU).
- Bilan pré-méthotrexate si besoin : **NFS, bilan de coagulation (TP/TCA), bilan rénal et hépatique.**

TTT

- Si patiente Rh - et conjoint Rh+ : **prévention de l'allo-immunisation** materno-fœtale par **Ig anti-D** dans les 72 h.

TTT chirurgical

= Par **cœlioscopie** (référence) ou **laparotomie** (si instabilité hémodynamique ou échec de la coelio)
- Information de la patiente : risque de salpingectomie, transfusion, conversion en laparotomie, plaie…
- TTT en urgence, après conditionnement/bilan préopératoire (groupage, RAI), analgésie, remplissage ± CGR :
  - **Exploration** : diagnostic, localisation, facteurs favorisants (adhérences, signes d'IGH), état tubaire controlatéral.
  - TTT conservateur : **salpingotomie** (ouverture de la trompe) et **aspiration** (échec dans 6 à 15 %).
  - TTT radical : **salpingectomie** (ablation de la trompe) si trompe atteinte très endommagée/saignement important.

➔ Si trompe controlatérale saine = fertilité identique, sinon : possible nécessité de FIV ultérieure.
Examen anatomo-pathologique systématique de la trompe et de la grossesse.
- Vérification de la **négativation de l'hCG** en cas de traitement conservateur, 1/semaine jusqu'à négativation.

TTT chirurgical — Indication

- GEU symptomatique : . **Instabilité hémodynamique, perte de connaissance, malaise.**
  . Défense ou contracture abdominale.
  . Hémopéritoine à l'échographie.
- Signes de gravité : hCG > 10 000 ou douleurs importantes ++.
- Hématosalpynx > 4 cm à l'échographie.
- Contre-indication ou refus du méthotrexate : insuffisance hépatique ou rénale.
- Impossibilité de suivi ambulatoire.
- GEU embryonnaire avec activité cardiaque perceptible.
- Récidive homolatérale.

TTT médical

Méthotrexate (1 mg/m^2 IM) : lyse chimique de la grossesse, élévation possible de l'hCG jusqu'à J4 ➔ **25 %** d'échec.
- Information de la patiente :
  . Effets indésirables notamment rénaux, hépatiques, cutanés, respiratoires : leucopénie, anémie, thrombopénie, mucite, **nausées, diarrhée**, augmentation des ASAT/ALAT, insuffisance rénale, prurit, érythème, photosensibilisation, pneumopathie interstitielle.
  . Possible **sensibilité/douleur du côté de la GEU à J3** (par remaniement nécrotique).
  . Consultation en urgence en cas de douleur abdominale importante ou de malaise : risque de **rupture tubaire.**
- Surveillance clinique, si symptômes fonctionnels = examen clinique + échographie en urgence.

+ Surveillance de la **décroissance du taux d'hCG** : J0, J4, J7 puis 1/semaine jusqu'à **négativation** :
  . **Échec** si taux de bHCG à J7 > J0, ou > 85 % du taux de J4.
  . **Guérison** si hCG indétectable (à 1 mois environ).
- En cas d'échec (25 %) : **2de injection de méthotrexate** à 1 semaine ou **cœlioscopie (à privilégier si ATCD de GEU).**

➔ A privilégier dès que possible : risque de stérilité inférieur au traitement chirurgical.
- Pas de délai à respecter avant une nouvelle conception ($t_{1/2}$ d'élimination plasmatique = 3-4 h).
- Pour les localisations : interstitielles, cervicales ou sur cicatrice de césarienne : MTX peut être fait *in situ.*

TTT médical — Indication recommandée

- GEU visible à l'échographie.
- hCG < 10 000 mUI/mL.
- GEU pauci- ou asymptomatique.
- Patiente compliante.

Et absence de contre-indication au méthotrexate.
À préférer au traitement chirurgical si contre-indication à l'anesthésie, patient multi-opérée, antécédents chirurgicaux pelviens lourds, IMC > 40 kg/m^2.

TTT médical — Contre-indications

- Mauvaise compliance/compréhension, difficulté de surveillance (observance, isolement…)
- Antécédent de GEU homolatérale (risque d'échec).
- Diagnostic incertain, refus de la patiente (choix d'un traitement chirurgical).
- Masse latéro-utérine **> 4 cm** à l'échographie.
- Indication chirurgicale : **β-hCG >10 000**, rupture tubaire suspectée, instabilité hémodynamique, hémopéritoine important, embryon avec **activité cardiaque.**
- Allaitement.
- Bilan pré-thérapeutique anormal : thrombopénie < **50 000**/mm^3 ; leucopénie < **2 000**/mm^3 ; anémie avec Hb < **9** g/dL, insuffisance rénale (ClCr < **30** mL/min), insuffisance hépatique, trouble de la coagulation, prise d'anticoagulant (CI à l'injection IM).

Abstention

= Envisageable si faible taux d'hCG < 1000 de cinétique décroissante constante, GEU asymptomatique, patiente informée et compliante.
- Surveillance de la **décroissance du taux d'hCG/48 h** jusqu'à négativation + **clinique et écho** 1/semaine.
- Traitement médical ou chirurgical en cas de stagnation ou d'ascension.

PRONOSTIC

- **Risque de récidive** important (10 à 30 % quel que soit le TTT) : **sevrage tabagique**, dépistage/TTT des IST pour la patiente et son partenaire**, échographie précoce** pour la grossesse suivante.
- **Risque de stérilité tubaire** (pas de différence démontrée de fertilité entre salpingectomie et salpingotomie).
- Contraception : privilégier un **œstroprogestatif** (bloque l'ovulation), éviter les microprogestatifs, pas de contre-indication formelle au DIU.
- **Soutien psychologique** à mettre en place si besoin.
- **Supplémentation martiale/transfusion** si anémie.
- **Bilan d'IST** si détection d'adhérences tubaires à la cœlioscopie.